

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,  
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,  
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,  
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,  
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,  
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,  
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный  
медицинский университет”, 2015

обусловило проведение данного исследования.

**Целью** исследования являлось изучение возможностей диагностики и выработки оптимальной тактики лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

**Материал и методы.** В клинике наблюдалось 470 пациентов с ТГВ. В клинике наблюдалось 450 пациентов с ТГВ (мужчин – 264, женщин – 206) в возрасте от 15 до 88 лет ( $55,2 \pm 12,8$  года). Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 267, правосторонняя – у 198, двусторонняя – у 5 пациентов. Илиофеморальный тромбоз выявлен у 130 пациентов, тромбоз бедренной вены – 128, тромбоз подколенной вены – 90, тромбоз вен голени – 102, тромбоз мышечных синусов голени – 20. Применялись лабораторные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое доплерографическое исследование, дуплексное и триплексное ангиосканирование, ретроградная илиокаваграфия). Для оценки тромботического состояния крови производилось исследование коагуляционного гемостаза. Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica – 10.0.

**Результаты и обсуждение.** При оценке клинических проявлений ТГВ наибольшей чувствительностью обладали: отек, боль и симптом Хоманса. Однако они имели довольно низкую специфичность. Это свидетельствовало о том, что данные симптомы можно применять для первичной диагностики. Наиболее информативными показателями коагуляционного гемостаза оказались: активированное частичное тромбопластиновое время, активированное время рекальцификации, концентрация фибриногена А.

Лечебная схема основывалась на данных обследования. В случае выявления эмбологенного флотирующего тромба в подколенном, бедренном или подвздошном отделах в экстренном порядке производилась ретроградная илиокаваграфия и выполнялось оперативное вмешательство. Методом

выбора являлись чрезкожная имплантация кава-фильтра, перевязка магистральной вены, открытая тромбэктомия из подколенной, бедренной и наружной подвздошной вен. Летальных исходов не было. Стандартная консервативная терапия включала: эластическую компрессию нижних конечностей, введение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, ангиопротекторов, применение флеботропной терапии.

#### **Выводы.**

1. Диагностические мероприятия должны включать исследование коагуляционного гемостаза, ультразвуковую диагностику и при необходимости ретроградную илиокаваграфию.

2. При дистальных формах ТГВ без признаков прогрессирования процесса показана консервативная терапия.

3. При восходящем ТГВ с формированием флотирующего тромба показано экстренное оперативное вмешательство.

#### **Литература**

1. Флебология: рук. для врачей / Савельев В.С. [и др.] ; под ред. В.С. Савельева. – М. : Медицина, 2001. – 664 с.

2. Comerota, A.J. Iliofemoral venous thrombosis / A.J. Comerota, M.H. Gravett // J Vasc. Surg. – 2007. – Vol. 46. – P. 1065–76.

3. Lindow, C. Long-term results after transfemoral venous thrombectomy for iliofemoral deep venous thrombosis / C. Lindow, A. Mumme, G. Ascitto // J Vasc. Surg. – 2010. – Vol. 40. – P. 134–38.

4. Шайдаков, Е.В. Тромболизис в лечении острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей / Е.В. Шайдаков, О.И. Царев // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, №5. – С. 128–137.

5. Золотухин, И.А. Отдаленные результаты лечения пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен нижних конечностей / И.А. Золотухин, С.М. Юмин, С.Г. Леонтьев, А.В. Андрияшкин, А.И. Кириенко // Флебология. – 2011 – №1. – С. 25–31.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХВН**

**Сушков С.А., Скоморощенко В.А.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** Несмотря на значительные успехи, достигнутые в хирургическом лечении варикозной болезни, послеоперационные рецидивы возникают, по данным отечественных и зарубежных авторов [1–5], в 12–80% случаев и являются актуальной проблемой хирургической флебологии. По данным Международного союза флебологов [1–5], не менее 25% флебохирургических вмешательств проводится по поводу рецидива варикозной трансформации. До настоящего времени окончательно не решен вопрос о выборе комплексной лечебной тактики в отношении рецидива варикозной болезни, а повторные хирургические вмешательства являются технически более сложными и объемными, могут приводить к ряду осложнений, особенно у

лиц трудоспособного возраста, что влечет значительное увеличение финансовых затрат в сфере здравоохранения [1–3]. Развитие рецидива варикозной болезни нижних конечностей может быть обусловлено не только прогрессирующим характером основного заболевания: варикозной болезни нижних конечностей [1–5], но и неадекватной предоперационной диагностикой, а также неадекватным выбором тактики оперативного пособия при первичном хирургическом вмешательстве по поводу варикозной болезни нижних конечностей [1–5]. Одним из дискуссионных вопросов современной хирургии варикозной болезни нижних конечностей является выбор объема, а также этапности корригирующих оперативных вмешательств,

с целью коррекции «извращенной» венозной гемодинамики для устранения причин рецидива варикозной болезни нижних конечностей [1-5].

**Цель.** Оценить результаты применения различных вариантов корригирующих оперативных вмешательств у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов оперативного лечения 740 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей в клинике хирургии УЗ «ВОКСЦ». Кроме удаления варикозно-трансформированных поверхностных вен применялись стриппинг с аутовенозной окклюзией, корригирующие вмешательства на глубоких венах, эндоскопические вмешательства на перфорантных венах, пластика трофических язв. Варианты и этапность оперативных вмешательств определялись исходя из комплексного предоперационного обследования и результатов выявленных изменений как в поверхностной так и в глубокой венозных системах.

**Результаты и обсуждение.** У 426 пациентов одновременно с удалением поверхностных вен выполнены корригирующие вмешательства на глубоких венах (ЭВК - 76, вмешательства на задних большеберцовых венах - 394). У 44 из них коррекция производилась одновременно на двух уровнях (бедренная вена и задние большеберцовые вены). Коррекция клапана бедренной вены выполнялась каркасной спиралью Введенского, задних большеберцовых вен - путем их резекции и дистанционной аутовенозной окклюзии. Обследование в отдаленные сроки пациентов, у которых до операции выявлена недостаточность глубоких вен, показало, что наилучшие результаты отмечаются у оперированных, которым проводилась коррекция кровотока в глубоких венах. Причем у данной категории пациентов наиболее эффективны вмешательства на задних большеберцовых венах. Выполнение экстравазальной коррекции клапанов глубоких вен мало оправдано, т.к. на поздних стадиях заболевания в венозной стенке развиваются выраженные атрофические и склеротические изменения. 150 пациентам (152 конечность) выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен (ЭДПВ). В 120 случаях она выполнялась в сочетании с вмешательствами на поверхностных, глубоких венах. 92 пациентам одновременно с ЭДПВ произведено удаление поверхностных вен, 25 выполнен средний стриппинг большой подкожной вены, причем у 20 пациентов он дополнен аутовенозной окклюзией, а в 3 случаях - лазерной облитерацией ствола большой подкожной вены на голени. 44 пациентам при выявлении недостаточности глубоких вен произведены вмешательства на задних большеберцовых венах. В 135 случаях ЭДПВ была выполнена в классическом варианте в медиальном миофасциальном ложе голени. При локализации трофических нарушений на передне-латеральной поверхности голени в 13 случаях выполнена ЭДПВ в медиальном и переднем миофасциальном ложах голени, у 4 пациентов только в переднем ложе. При обширных трофических язвах в 12 случаях произведена аутодермопла-

стика. В 32 случаях при наличии выраженной сопутствующей патологии и распространенных трофических нарушениях выполнена изолированная ЭДПВ 16 пациентам через 3-6 месяцев после ЭДПВ вторым этапом было выполнено оперативное вмешательство на поверхностных венах.

По данным анамнеза и при комплексном клиническом обследовании у всех пациентов установлено достоверное снижение степени венозной недостаточности по всем критериям, что проявлялось отсутствием рецидива, уменьшением болей, отеков, судорог, парестезий, трофических расстройств пораженных нижних конечностей.

При оценке качества жизни установлено, что имеется существенное и статистически достоверное снижение средних значений баллов по всем разделам опросников, а также по всем опросникам в целом.

При анализе отдаленных результатов установлено, что рецидив трофической язвы развился у 7,7% оперированных. Результаты как «хорошие» и «удовлетворительные» были признаны у 82,9% обследованных.

#### **Выводы.**

1. Объем оперативного вмешательства у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей должен избираться индивидуально с учетом выявленных нарушений венозной гемодинамики не только в поверхностных и перфорантных, но и глубоких венах.

2. При выраженных трофических расстройствах, а также у пациентов с сопутствующей патологией, оправдано применение многоэтапных оперативных вмешательств.

3. Адекватно выбранный объем и этапность оперативных вмешательств приводит к достоверному улучшению показателей венозного кровотока, уменьшению средних баллов клинической шкалы и шкалы снижения трудоспособности классификации CEAP и опросника CIVIQ, ВАШ, что напрямую отражает физические, психологические, эмоциональные и социальные аспекты жизни пациентов.

#### **Литература**

1. Recurrent varicose veins / M.A. Wali [et al.] // East Af. Med. J. – 1998. – Vol. 75. – P. 188–191.
2. Late recurrent saphenofemoral junction reflux after ligation and stripping of the greater saphenous vein / R. Fischer [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2001. – Vol. 34. – P. 236–40.
3. Randomised trial of pre-operative colour duplex marking in primary varicose vein surgery: outcome is not improved / J. J. Smith [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2002. – Vol. 23. – P. 336–43.
4. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: five-year results of a randomized trial / S. Dwerryhouse [et al.] // J Vasc. Surg. – 1999. – Vol. 29. – P. 589–92.
5. Recurrent varicose veins after surgery: a new appraisal of a common and complex problem in vascular surgery / T. Kostas [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc Surg. – 2004. – Vol. 27. – P. 275–82.